



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

BÉ THƠ: 9 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH																																																																
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI																																																																	
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI			HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:																																																																
	CÓ KHÔNG		CÓ KHÔNG																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi có thể tự ăn bằng tay.																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi hiểu được vài chữ.																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi ngủ trọn giấc vào ban đêm.																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi không thường có những lúc buồn chán.																																																																
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE																																																																		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history																																																																				
<p>Diet _____</p> <p>Elimination _____</p> <p>Sleep _____</p> <p><input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure</p> <p><input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb</p> <p><input type="checkbox"/> Tb</p>																																																																				
<p>Screening:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hearing</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vision</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Development: Circle area of concern</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Adaptive/Cognitive</td> <td>Language/Communication</td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td>Social/Emotional</td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td>Fine Motor</td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td></td> </tr> </table> <p>Physical:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td colspan="2">General appearance</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Chest</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Lungs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Cardiovascular/Pulses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Abdomen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Genitalia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Spine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Extremities</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Neurologic</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A	Hearing				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Vision				Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Gross Motor	Social/Emotional	Behavior	Fine Motor	Mental Health		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A	General appearance				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A																																																																	
Hearing																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Vision																																																																				
Adaptive/Cognitive	Language/Communication																																																																			
Gross Motor	Social/Emotional																																																																			
Behavior	Fine Motor																																																																			
Mental Health																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	A																																																																	
General appearance																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic																																																																		
<p>Health Education: (Check all discussed/handouts given)</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed</p> <p><input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Infant Bond</p> <p><input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Bedtime ritual</p> <p><input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke</p> <p><input type="checkbox"/> Poison Prevention</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Assessment/Plan: _____ _____ _____</p>																																																																				
<p>IMMUNIZATIONS GIVEN</p> <p>REFERRALS</p>																																																																				
NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME																																																																		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																																		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - BÉ THƠ: 9 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

BÉ THƠ: 9 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI	
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI			HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:
	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự ăn bằng tay. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi hiểu được vài chữ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ trọn giấc vào ban đêm. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán.		CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể tự chơi loanh quanh một mình. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi chơi trò chơi peek-a-boo hoặc pat-a-cake. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nhìn và nghe.	
	CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN	Chế độ ăn uống _____ Bài tiết _____ Ngủ _____ <input type="checkbox"/> Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa <input type="checkbox"/> Nhiễm chất chì <input type="checkbox"/> Thêm Chất Fluoride <input type="checkbox"/> Tráng Chất Fluoride <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu vào tất cả những phần đã thảo luận/dã đưa tài liệu) <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Hồi Gia Đình <input type="checkbox"/> An Toàn <input type="checkbox"/> Không cho bú bình khi ngủ <input type="checkbox"/> Phát Triển <input type="checkbox"/> An Toàn Trong Nôi <input type="checkbox"/> Gắn Gối Với Trẻ Sơ Sanh <input type="checkbox"/> Cho ăn <input type="checkbox"/> Bị Nóng <input type="checkbox"/> Chăm Sóc <input type="checkbox"/> Giò ngủ <input type="checkbox"/> uống <input type="checkbox"/> Sốt <input type="checkbox"/> Răng <input type="checkbox"/> thường lệ <input type="checkbox"/> Khuyến Khích về Ngôn Ngữ <input type="checkbox"/> Lo Âu về Người Lạ <input type="checkbox"/> Car Seat Thích Hợp <input type="checkbox"/> Giữ trẻ <input type="checkbox"/> Hít Khói Thuốc <input type="checkbox"/> Phòng Ngừa Ngộ Độc <input type="checkbox"/> Lớp Khác: _____ Giám Định/Kế hoạch: _____ _____ _____
Khám truy tâm: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không bình thường Nghe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nhìn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Phát triển: Khoanh tròn những phần quan ngại Thích nghi/Nhận thức <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ/Giao tiếp Vận Động Thường <input type="checkbox"/> Giao tế/Xúc cảm <input type="checkbox"/> Vận Động Khéo Léo Tính hạnh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tình Trạng Tâm Thần <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thể chất: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không thường Nhìn Chung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Đầu/Thóp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mắt (Che/Không Che) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tai <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Họng/Răng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cổ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hạch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Phổi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ngực <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tim/Mạch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bụng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cơ Quan Sinh Dục <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xương sống <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chân tay <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thần kinh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Mô tả các khám phá bất thường và ghi chú: _____ _____ _____				
LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 12 THÁNG				
CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 9 Tháng

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 9 đến 12 tháng.

Bò chung quanh nhà.

Đứng lên và bám vào bàn ghế để di.

Có thể bắt đầu bước đi.

Chỉ vào những vật mà em muốn.

Uống bằng ly và tự ăn lấy.

Chơi trò chơi như Pat-a-cake và Peek-a-boo.

Bắt đầu nói những chữ như "mama," "papa," và "bye-bye."

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Thăm dò về phát triển miễn phí: Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY).

An toàn về car seat: Liên Minh Bảo Vệ An Toàn, 1-800-BUCK-L-UP (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY)

Những em bé có nhu cầu đặc biệt:

Cha Mẹ với Cha Mẹ, 1-800-821-5927.

Phòng Ngừa Trúng Độc:

Trung Tâm Ngừa Độc Washington 1-800-732-6985 (tiếng nói)
1-800-572-0639 (Tiếp Âm TTY)
Gọi số 911 trong trường hợp cấp cứu.

Khả Năng hoặc Hỗ Trợ về Nuôi Con: Đường Dây Giúp về Gia Đình, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 Các Lớp Học Ở Trường Cao Đẳng Cộng Đồng Địa Phương

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Tiếp tục cho con bú bằng sữa mẹ càng lâu càng tốt, ít nhất là trọn năm đầu.

Sữa mẹ và sữa bình vẫn là nguồn thức ăn quan trọng cho em bé của quý vị. Em cũng cần ăn thêm đồ ăn mềm, hoặc đồ ăn xay đặc.

Giữ những răng móm mọc của em cho sạch sẽ. Đánh răng sau khi ăn. Dùng góc của tấm khăn sạch hoặc dùng loại bàn chải đánh răng thật nhỏ, mềm. Đừng cho em bú bình khi đi ngủ.

Thuốc trụ sinh luôn luôn không phải là loại thuốc tốt nhất. Những loại thuốc này không giúp ích trong việc chữa trị bệnh cảm lạnh hoặc các loại nhiễm trùng khác. Cho em bé của quý vị uống thuốc trụ sinh khi không cần thiết sẽ có hại cho em.

Hãy để cho em bé của quý vị tập uống bằng ly. Cho nước, sữa mẹ, hoặc sữa bình, vào trong loại ly có nắp dành cho trẻ em uống. Nếu em đang bú bình, thì nên chuyển qua uống ly khi em khoảng 1 tuổi.

Phải rửa tay thường xuyên, nhất là sau khi thay tã và trước khi cho em ăn. Rửa đồ chơi của em bằng nước và xà bông.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Mỗi em bé phát triển một cách khác biệt. Em bé của quý vị sẽ tiếp tục học hỏi và thay đổi. Nếu quý vị thấy em không tăng trưởng một cách bình thường, hãy báo cho bác sĩ và y tá của em biết. Muốn được biết về việc thăm dò phát triển miễn phí, xin gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies (số điện thoại có ghi ở phía bên trái).

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Luôn luôn để ý em bé của quý vị khi ở trong bồn tắm. Chết đuối có thể xảy ra một cách nhanh chóng và yên lặng chỉ trong một vài inch nước. Đưa em ra ngoài với quý vị nếu quý vị phải đi ra khỏi phòng tắm.

Cột dây an toàn trong car seat và quay mặt về phía sau cho hết trọn năm đầu tiên. Để cho em ngồi ở ghế sau, dây là chỗ an toàn nhất để chở trẻ em trên xe.